

И.Н. Гурвич,
iosif@bk.ru

УПОТРЕБЛЕНИЕ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ В РОССИИ: методические и организационные проблемы установления уровня и оценки динамики¹

Аннотация: Представлено обобщение многолетней исследовательской работы по изучению употребления ПАВ в Российской Федерации. Проанализированы методологические и организационные проблемы оценки уровня и динамики употребления ПАВ. Сформулированы основные сложности дальнейшего изучения данной проблемы, в том числе в связи с потребностями ведомств.

Ключевые слова: психоактивное вещество, латентность, уровень и динамика употребления.

Установление преваленса и инцидента употребления психоактивных веществ в популяции является, как это справедливо и для всех других, как латентных или слабовыраженных, так и для выражено болезненных форм нервно-психической патологии, «ключевой» проблемой эпидемиологии психических расстройств. Если в США и странах Западной Европы в период после Второй мировой войны быстрое и интенсивное развитие получили методы, преимущественно опросные, предназначенные для определения подобных расстройств среди населения, в бывшем Советском Союзе, в полном соответствии с застойными тенденциями в науке и обществе в целом необходимость использования соответствующих методов, в частности, в социальной наркологии, агрессивно отрицалась.

Аргументировалось это тем, что совершенная, по сравнению с западной, система оказания наркологической помощи, основанная на

¹ В подготовке фактологического материала статьи принимали участие кандидаты социологических наук Р.Г. Хлопушин и А.А. Яковлева.

диспансеризации наркологических больных, обеспечивает практически полный учет всех лиц с наркологической патологией, имеющих в населении. Следует отметить, что подобное заключение было возможно только при игнорировании наличия среди населения широкого спектра латентных (асимптоматических) и слабовыраженных форм расстройств, к которым в наркологии можно отнести все виды злоупотребления, а по наркотическим препаратам — и вообще их употребления, включая спорадическое.

Тем не менее, и в это время в советской науке раздавались голоса, предупреждавшие об опасности подобного сужения предмета исследовательских усилий в этой области. Действительно, исключение из предмета рассмотрения ранних и «предболезненных» форм наркологических расстройств приводило, несмотря на декларирование профилактической направленности советского здравоохранения, к отсутствию какой-либо возможности создания научной эмпирической базы для первичной профилактики этих состояний.

Неуклонное нарастание уровня употребления алкоголя и обусловленного им уровня «учтенной» наркологической патологии заставило советских специалистов в области общественного здоровья все же обратиться к методам исследования употребления психоактивных веществ населением. Однако эти исследования строились по прежнему либо на клинических выборках, таких как госпитализированные по «скорой помощи», доставленные в т. н. «медицинские вытрезвители», либо охватывали ограниченные, чаще всего организованные группы населения, вроде рабочих промышленных предприятий. Необходимо указать, что практически все эти работы, за редким исключением, базировались на данных медицинской документации.

Даже те исследования, в которых, хотя бы ограниченно, применялись опросные методы, не дали таких результатов, которые могли бы быть оценены и интерпретированы в контексте современного понимания социальной эпидемиологии наркологических расстройств и использованы в целях первичной профилактики. Этому были две основные причины:

а) все эти исследования выполнялись в рамках т. н. «социально-гигиенического» подхода, т. е. базировались исключительно на биомедицинской модели болезни. Только этот подход и признавался научным, и, конечно, подразумевал в качестве своего предмета лишь развернутые болезненные состояния, в полном соответствии с концепцией трехстадийного течения алкоголизма Б.М. Сегала, которая была впоследствии распространена и на наркоманию.

Любопытно, что когда советская наука стала осваивать достижения американской социальной наркологии, где в популяционных исследованиях обнаруживался некий спектр переходных состояний от здоровья к болезни, советские ученые стали выискивать и описывать здесь соответствующие клиническому пониманию болезни «донозологические расстройства»;

б) категорически отрицалась и признавалось «ненаучной» вся эпидемиология неинфекционных заболеваний, что, естественно, распространялось и на сферу наркологии.

Таким образом, к широко известной «горбачевской» антиалкогольной кампании советская наука подошла вообще без каких-либо знаний о закономерностях употребления опьяняющих веществ населением страны, что во многом предопределило как провал самой этой кампании, так и ее тяжелейшие социально-политические последствия. Здесь практически была применена позиция, высказывавшаяся великим русским физиологом И.П. Павловым в его дискуссии с В.М. Бехтеревым на рубеже XIX и XX веков. Согласно ей, любое исследование алкоголизации — шарлатанство, поскольку о ней и так все хорошо известно, а усилия следует направлять на прямую борьбу с пьянством, которую, будто бы, также хорошо известно, как надо вести. В советской истории периоды борьбы с пьянством и алкоголизмом были, поэтому, в полном объеме и в государственном масштабе были применены все известные прямые антиалкогольные меры, возможные в условиях государственной монополии на производство и продажу алкогольных напитков, т. е. ограничения мест и времени продажи, вплоть до «талонной» системы, включая сахар-песок, используемый для самогонварения, запрет на продажу алкогольных напитков несовершеннолетним, чрезвычайно высокая стоимость алкогольных напитков в соотношении с доходами населения, уголовное преследование за изготовление алкогольных напитков в домашних условиях и вовлечение несовершеннолетних в алкопотребление, жесткие ограничения на трансграничный перевоз алкоголя, запрет рекламы алкогольных напитков, помещение злостных пьяниц на принудительное лечение по решению суда, увольнение за нахождение на рабочем месте в нетрезвом виде, запрещение продажи ректифицированного спирта населению.

Этот же подход использовался, начиная с 30-х годов XX века, и по отношению к наркопотреблению. Эксцессивный рост употребления наркотиков в стране, произошедший с началом периода реформирования, и безуспешность ужесточения ограничительных мер борьбы

с наркопотреблением заставила специалистов искать новые методы и пути профилактики наркопотребления. Особую остроту проблеме придавало начало на территории страны эпидемии ВИЧ-инфекции, причем распространение вируса на начальной стадии эпидемии, как и во многих других странах мира, происходило, главным образом, через употребление общего инструментария для инъекций инъекционными наркопотребителями.

Расширению спектра методов и путей практической деятельности в сфере социальной наркологии во многом способствовало появление в 90-х годах XX века новых организационных форм деятельности, направленной на борьбу с наркопотреблением и его исходами.

До 90-х годов на территории бывшего Советского Союза всю деятельность в сфере контроля наркопотребления и его исходов осуществляли только два типа организаций — медицинские (территориальный наркологический кабинет / диспансер) и полицейские (отделы по борьбе с незаконным оборотом наркотиков территориальных министерств / главных управлений / управлений).

В структуре советского здравоохранения амбулаторная наркологическая помощь исторически была локализована в территориальных невро-психиатрических диспансерах, где обычно имелся специализированный наркологический кабинет. Стационарная же помощь наркологическим больным осуществлялась в больницах общепсихиатрического профиля. Лишь некоторые из них имели специализированные наркологические отделения. В некоторых крупных городах имелись специализированные наркологические стационары.

В 1976 году была организована путем выделения из психиатрии самостоятельная наркологическая служба, представленная в качестве основного своего звена наркологическим диспансером. Это организационное решение было продиктовано обострением ситуации с употреблением алкоголя в стране. Действительно, уже несколькими годами ранее, по инициативе местных органов здравоохранения, в ряде областей страны начался активный поиск новых организационных форм лечения и реабилитации больных алкоголизмом. Так, появились наркологические отделения и кабинеты на промышленных предприятиях, ночные наркологические стационары в невро-психиатрических диспансерах, наркологические кабинеты в Центральном районных больницах сельских территорий. Все они впоследствии вошли в состав наркологической службы.

Самостоятельный Отдел по борьбе с наркоманией в Управлении уголовного розыска МВД СССР создается в 1973 г. После неоднократ-

ных переименований и реорганизаций в 1991 г. это специальное подразделение милиции выводится из-под юрисдикции Главного Управления уголовного розыска, и на его основе образуется Бюро по контролю за незаконным оборотом наркотиков МВД СССР, которое становится самостоятельной отраслевой службой криминальной милиции. В 1992 году, путем слияния, Бюро преобразуется в Управление по незаконному обороту наркотиков МВД Российской Федерации (с 2001 года — Главное управление по борьбе с незаконным оборотом наркотиков). Главное управление имеет самостоятельные подразделения по борьбе с незаконным оборотом наркотиков в субъектах Российской Федерации.

Из этой краткой исторической справки со всей очевидностью следует, что основной реакцией государства на утяжеление ситуации, вначале с употреблением алкоголя, а затем — и наркотиков, явилось расширение и фактически непрекращающееся реформирование аппарата государственного медицинского и полицейского контроля.

Объясняется это тем, что в основе понимания причин употребления населением психоактивных веществ на государственном уровне была принята биомедицинская модель болезни. Биопсихосоциальная модель отвергалась и жестко критиковалась, прежде всего, по идеологическим причинам, хотя и существенное общее отставание советской науки от мировой играло здесь достаточно заметную роль.

С началом периода политического и социально-экономического реформирования в стране можно констатировать появление следующих новых организационных форм деятельности в сфере социальной наркологии.

Прежде всего, это частные, т. е. негосударственные учреждения наркологического профиля, осуществляющие собственно лечебную помощь наркозависимым. Поскольку оказание такой лечебной помощи вне стен государственных наркологических учреждений всегда было запрещено в России законом, официально все эти негосударственные учреждения занимаются вторичной и третичной профилактикой наркологических расстройств, и даже по своим названиям как бы не являются наркологическими лечебными учреждениями. По фискальным соображениям, т. е. в целях сокрытия фактического уровня доходов от налогообложения, негосударственные наркологические учреждения заинтересованы «недопредставлять» данные о количестве пролеченных больных. Именно с момента их возникновения государственная статистическая информация о показателях госпитализированной наркологической заболеваемости совершенно перестала отражать истинную

ситуацию с наркотиками и даже с алкоголем, то есть стала непригодной для каких-либо оценок, особенно в отношении крупных городов, где деятельность негосударственных наркологических лечебных учреждений является высоко рентабельной.

В отдельные периоды времени по ряду крупных городов России с начала 90-х годов можно даже отметить парадоксальные факты снижения уровня госпитализации при наркологических расстройствах на фоне роста уровня заболеваемости ими. Конечно, в отношении психотических состояний, в меньшей мере — наркотической природы, и в большей мере — алкогольной природы, где лечебная помощь до сих пор преимущественно осуществляется в государственных психиатрических стационарах, статистические данные в целом более надежны.

Как уже отмечалось, негосударственные лечебные наркологические учреждения весьма уязвимы с точки зрения легальности предоставляемых ими собственно медицинских услуг. Кроме того, они подвержены мощному коррупционному давлению со стороны правоохранительных и контрольных органов, пришедшего в сегодняшней России на смену давлению со стороны организованной преступности, а также со стороны местных органов управления здравоохранением.

Отсюда ряд подобных учреждений, рассчитывая на формальную или неформальную государственную институционализацию, стал распространять свою деятельность и на сферу первичной профилактики наркотической зависимости. Так, один из старейших в Санкт-Петербурге негосударственный наркологический центр «Бехтерев» открыл и в течение ряда лет финансировал кризисную психологическую подростковую службу в Приморском районе города. Одной из основных задач службы была профилактика наркотической зависимости среди подростков района. После преобразования центра в муниципальное предприятие служба была закрыта.

Реабилитационные центры, организованные в последние годы в государственных наркологических учреждениях, остаются маломощными. Так, в Санкт-Петербурге, при численности населения, равной на 1 января 2008 г. 4 млн. 581 тыс. чел., мощность реабилитационного отделения круглосуточного пребывания Городской наркологической больницы составляет всего 50 коек, и еще 119 мест имеется в пяти дневных стационарах амбулаторных наркологических реабилитационных центров. Оказываемые в них услуги, несмотря на сохраняющуюся официальную бесплатность государственной медицинской

помощи, зачастую фактически являются платными. Поэтому они не могут составить конкуренцию негосударственным (частным) реабилитационным центрам.

Со времени начала вхождения России в систему международных связей значительное развитие в стране получили негосударственные некоммерческие общественные организации. Среди них можно выделить те, которые, по существу, являются группами самопомощи для наркозависимых и те, которые приобрели черты более-менее профессиональных организаций, действующих в сфере борьбы с наркотизмом.

В Санкт-Петербурге к первому типу таких организаций можно отнести, например, группы «Анонимные наркоманы» и «Вертикаль», клуб «Оптималист», организацию «Клуб 12 шагов», «Азария» — общественное движение «Матери против наркотиков», Психотерапевтическое общество наркологических больных и их семей «Оптимист», а ко второму — благотворительный фонд «Возвращение» или благотворительную организацию «Гуманитарное действие».

Конечно, какую-то жесткую границу между двумя названными типами общественных организаций провести сегодня еще трудно. Свою деятельность они строят на различных теоретических основаниях. Те из них, руководители которых прошли подготовку в рамках профессиональных образовательных программ, проводимых международными общественными или иностранными государственными организациями, обычно придерживаются какой-либо одной теоретической ориентации, из числа принятых сегодня в странах Запада. Многие же из тех, которые образовывались на «национальной почве», зачастую имеют православно-религиозную ориентацию. В Санкт-Петербурге это реабилитационные центры «Новая жизнь» и «Дом надежды на горе». Другие же вообще имеют какую-то «доморощенную», чаще всего псевдонаучную, ориентацию, не связанную ни с одним из направлений современной науки. Все эти организации в значительной мере заняты реабилитацией наркологических больных — наркоманией и, реже, алкоголизмом.

Деятельность всех подобных общественных организаций фактически не предусматривает систематической государственной отчетности по показателям, отражающим величину и структуру контингента, которому оказывается соответствующая помощь. Государственный контроль за деятельностью таких общественных организаций осуществляется, прежде всего, в налоговой сфере, т. е. по финансовым, а не по содержательным индикаторам. Соответственно, и нет никаких,

хотя бы относительно надежных данных, показывающих «вклад» таких организаций в обеспечение помощи наркологическим больным, и косвенно — количество таких больных в населении.

Определенная информация такого рода, конечно, представляется ими грантодающим организациям, однако остается, как правило, не доступной для сводки и последующего анализа.

Важным этапом в формировании существующей сегодня в России системы борьбы с употреблением незаконных психоактивных веществ стало создание в 2003 году Государственного комитета по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ (Госнарконтрoля России). Необходимо указать, что кадровая комплектация этого нового государственного органа происходила из полицейских служб, не связанных с оборотом наркотиков — государственной безопасности и налоговой полиции. При этом подразделения территориальных органов милиции, занятые борьбой с незаконным оборотом наркотиков, не вошли в состав Госнарконтрoля и сохранили полную самостоятельность в работе.

За короткий период своего существования Госнарконтрoль пережил уже три реорганизации и переименования, и с 2007 выступает как Государственный антинаркотический комитет. В этом отношении его судьба во многом сходна с судьбой соответствующих подразделений системы Министерства внутренних дел.

Создание и деятельность Госнарконтрoля можно рассматривать как попытку воспроизвести и внедрить в современную российскую действительность модель «медицинской полиции», существовавшую в XIX в. в Германии. Однако кадровый состав, ограничение компетенции только сферой наркопотребления и сохранение дублирующих по функциям подразделений территориальной милиции делают российский вариант этой модели достаточно противоречивым и потенциально недостаточно эффективным.

Тем не менее, уже с самого момента создания на Госнарконтрoль были возложены функции организации и координации всей антинаркотической работы на территории. В последние годы эти функции стали охватывать также сбор и систематизацию статистической информации об употреблении психоактивных веществ и последствиях этого употребления. Сами конкретные характеристики наркоситуации стали официально рассматриваться как предмет ответственности Госнарконтрoля. Соответственно, на него оказались возложены и обязанности по предоставлению релевантной информации международным орга-

низациям, предусмотренные ст. 20 ратифицированной страной «Конвенции о борьбе против незаконного оборота наркотических средств и психотропных веществ» 1988 года.

Все это объясняет, почему получение и накопление информации, отражающей реальный уровень употребления психоактивных веществ населением, уже в первые месяцы функционирования Госнаркоконтроля было осознано руководящим звеном этой организации в качестве центрального аспекта контроля наркоситуации. Важность этой проблемы усугублялась и тем, что многочисленные программы первичной профилактики, осуществляющиеся на территории и требовавшие для своей реализации предварительного экспертного заключения сотрудников Госнаркоконтроля, без знания количественных характеристик наркоситуации не могли быть оценены с позиций их конечной эффективности.

Первые попытки создания системы мониторинга наркоситуации были связаны с привлечением российской экономической и социологической академической науки. В частности, своеобразное понимание мониторинга, разработанное экономистами Уральского отделения Российской Академии наук в содружестве с научными социологическими и наркологическими учреждениями Москвы, основывалось на концепции чрезвычайно широко понимаемой национальной безопасности. Предложенный авторами подход к мониторингу состоял в построении некоего набора эконометрических и корреляционных моделей для территорий, дополненных данными репрезентативного для всего взрослого населения территории опроса. Индикаторы вопросника не допускали никаких сопоставлений с данными международных исследований, да и вообще не описывали состояние употребления психоактивных препаратов в сколько-нибудь логически и клинически обоснованной системе.

В Северо-Западном федеральном округе, объединяющем 11 субъектов Российской Федерации, где крупнейшим городским центром является Санкт-Петербург, практически сразу же был выбран альтернативный подход к разработке системы мониторинга. Для научно-методического обеспечения проведения мониторинга были привлечены находящиеся в Санкт-Петербурге факультет психологии Санкт-Петербургского государственного университета и некоммерческая организация социальных проектов «Стеллит».

Основные методические принципы, положенные в основу процедуры мониторинга, состоят в следующем:

а) параллельное использование всех доступных и хотя бы относительно надежных источников информации о ситуации с употреблением ПАВ на территории субъектов РФ (областей);

б) применение индикаторов, используемых в мониторинге ситуации с употреблением ПАВ в США и странах Западной Европы, с целью обеспечения возможности международных сравнений;

в) максимальная экономичность оценки ситуации с употреблением ПАВ, что делало бы осуществление мониторинга экономически доступным для субъектов РФ;

г) организация мониторинга с учетом реально существующего уровня подготовленности лиц, на которых возлагается его проведение, и уровня исполнительской дисциплины, присущей сегодня российской системе государственного управления.

Остановимся на некоторых организационно-методических аспектах обеспечения названных принципов.

Методика мониторинга состоит из трех частей.

Первая часть включает анкетный опрос в подростково-молодежных подгруппах, где, в основном, сегодня сосредоточены потребители наркотиков, проводимый в местах постоянного пребывания подростков и молодежи: учебных заведениях всех основных видов (школы, учреждения начального, среднего и высшего профессионального образования) и местах лишения свободы. Построение мониторинговой выборки по этому принципу позволяет учесть весь размах вариаций в уровне употребления ПАВ. Объем выборки предусматривает, что она репрезентирует вариацию в употреблении ПАВ на территории и для населения области.

Единицы выборки размещаются пропорционально между тремя типами поселений, представленных на территории области: крупный город, которым, как правило, является областной центр, малый город, сельское поселение.

Каждое из мест постоянного пребывания подростков и молодежи рассматривается как «гнездо», внутри которого осуществляется двухступенчатый отбор: — для первой ступени — формальных групп (классов, учебных групп, отрядов), а на второй — механический систематический с постоянным шагом, который определяется, исходя из объема этих формальных групп.

Вторая часть включает экспертный опрос «ключевых фигур», занятых в сфере борьбы с употреблением ПАВ на территории области. Он направлен на решение двух основных задач:

а) отбора населенных пунктов и учебных заведений, характеризующихся максимальным и минимальным уровнями употребления ПАВ подростками и молодежью, для последующего включения в выборку мониторингового опроса (метод «экстремальных групп»);

б) описания специфических для данной области факторов (факториальных переменных), способных повлиять на уровень, структуру и динамику употребления ПАВ.

Третья часть включает сбор и систематизацию вторичной статистической информации об употреблении ПАВ на территории области с последующим построением агрегированных показателей, соответствующих международной статистической системе в этой сфере.

Описанная процедура была апробирована в ходе двух оценочных исследований, проведенных в г. Санкт-Петербурге в 2002 и 2003 гг. по заказу Администрации города.

Ответственной за проведение мониторинга на территории области является областная Администрация, из числа ответственных сотрудников которой назначается лицо, непосредственно отвечающее за данный раздел работы. Организационное сопровождение проведения мониторинга осуществляют сотрудники территориального управления Госнаркоконтроля.

Непосредственное же проведение мониторинга осуществляют сотрудники кафедр социологии или социальной психологии одного из вузов, расположенных в областном центре или специализированной социологической организации, имеющие опыт выполнения подобных исследовательских работ. Отбор сотрудников для проведения мониторингового исследования осуществлялся на основе кадровых анкет, которые собирали и высылали в Управление Госнаркоконтроля Северо-Западного федерального округа ответственные представители областной администрации. Финансирование работ осуществляется в виде государственного заказа областной администрации исследовательскому учреждению.

Перед началом проведения мониторинга проводилось обучение трех групп специалистов, участвующих в мониторинге: сотрудников областных администраций, областных управлений Госнаркоконтроля и исследовательских учреждений (подразделений) по специально разработанной программе. Кроме того, было подготовлено и издано учебное пособие по научно-методическим основам территориального мониторинга наркоситуации.

Первый год реализации мониторинга носил, в известной мере, пилотный характер, как в отношении организационной схемы обеспече-

ния его проведения, так и в отношении освоения лицами, вовлеченными в работу, методических аспектов мониторингового исследования. На втором году своего осуществления мониторинг был проведен, причем в полном соответствии с разработанной процедурой, в двух областях, входящих в состав Северо-Западного федерального округа (Новгородской и Вологодской). Однако только в одной из них (Вологодской) проведение мониторинга было доведено до стадии ввода первичных данных. Для представителей этой области был организован краткосрочный учебный цикл, содержанием которого стало обсуждение и обобщение накопленного в ходе реализации мониторинговой процедуры.

Любопытно, что в то же время и на территории той же области была предпринята попытка осуществления сплошного лабораторного обследования на содержание наркотических препаратов в биологических жидкостях учащихся старших классов общеобразовательных школ, а также учащихся средних учебных заведений, идея которого столь популярна сегодня среди политических деятелей России. Среди всего этого контингента «риска» был выявлен лишь один (!), да и то недостоверный случай употребления наркотических препаратов. Сравнение результатов лабораторного тестирования и мониторингового опросного обследования послужило чрезвычайно весомым аргументом в пользу применения опросных методов в глазах практических работников, занятых в сфере борьбы с наркотиками.

На третьем году внедрения мониторинга в практику антинаркотической работы в СЗФО предусматривалось проведение работы в полном объеме на всей территории Федерального округа с организацией централизованной математико-статистической обработки данных и сравнительного анализа полученных результатов на базе факультета психологии Санкт-Петербургского государственного университета.

Основной трудностью реализации описанной процедуры явилось обеспечение ее устойчивого финансирования из областных бюджетов субъектов Федерации. По мере же того, как мониторинг стал давать практически важные для территориального управления данные, его поддержка областными Администрациями стала высокой, и соответствующие затраты начали предусматриваться областными бюджетами.

Однако в результате электорального цикла, т. е. парламентских и президентских выборов 2008 года, в реализации процедуры мониторинга возникли дополнительные трудности. Они оказались связаны, прежде всего, с отсутствием традиции преемственности при смене власти, когда нахождение во главе страны какого-либо лица означа-

ет определенную историческую эпоху, в известной мере «отрицающую» предыдущую. Отсюда во всех звеньях исполнительной власти на местах возникает неуверенность в необходимости осуществления мер, проводившихся при предыдущем правлении. И, действительно, несмотря на все намерения сохранения преемственности, в ходе политического процесса было сменено руководство Госнаркоконтроля, что, в свою очередь, привело к «вымыванию» из его структуры ряда «ключевых фигур», ответственных за проведение мониторинга. Среди части руководящих фигур Госнаркоконтроля стало распространяться представление о том, что мониторингом являются любые социально-поведенческие исследования проблемы употребления ПАВ. При этом несомненный приоритет отдается исследованиям, по существу, политической направленности, где изучается влияние восприятия населением ситуации с употреблением ПАВ на отношение к политическому руководству страны. Именно подобного рода работы осуществляет сегодня в стране ограниченный круг обслуживающих властные структуры исследовательских центров.

Все это позволяет говорить о возникновении достаточно высокой неопределенности перспектив создания и поддержания функционирования системы мониторинга ситуации с употреблением ПАВ в стране.

Подведем итоги:

1. Согласно официальной точке зрения, в России сегодня не существует системы мониторинга употребления ПАВ по показателям, допускающим международные сравнения, прежде всего, из-за отсутствия финансовых средств.

2. В действительности, по отдельным территориям и группам риска за последние почти два десятилетия накоплены значительные объемы информации об употреблении ПАВ, полученные в рамках международного финансирования. Мета-анализ всех этих данных мог бы дать достаточно полную картину ситуации с употреблением ПАВ на территории страны за весь период социального реформирования, начавшийся на рубеже 80-х и 90-х годов XX в.

3. Идеологизированная традиция, сложившаяся в российской науке об общественном здоровье в советский период, отрицает необходимость и саму возможность получения надежных эмпирических данных об употреблении ПАВ методом популяционного (субпопуляционного) или экспертного опроса, абсолютизируя значение агрегированных статистических показателей.

4. Предлагаемые сегодня подходы к определению ситуации с употреблением ПАВ не корректны методологически, не позволяют получить результаты, пригодные для практического использования как внутри страны, так и в плане международных сравнений, и не соответствуют современному уровню развития поведенческих наук.

5. Созданная для использования в Северо-Западном федеральном округе методология мониторинга ситуации с употреблением ПАВ удовлетворяет требованию возможности использования для международных сравнений, позволяет использовать результаты мониторинга для текущей антинаркотической работы на территории и дает достаточный аналитический материал для оценки динамических и пространственных аспектов употребления ПАВ населением. Схема обеспечения организации проведения мониторинга в полной мере учитывает как исторически сложившиеся, так и актуальные особенности системы государственного управления в России.

6. Несмотря на успешный опыт проведения мониторинга в соответствии с описанной методологией в некоторых областях Северо-Западного федерального округа России, возможности ее полной реализации и распространения на всю территорию страны остаются достаточно туманными, что обусловлено, прежде всего, внутривнутриполитическими факторами.